

## Vigilancia Para Cuestionario De Prueba

SITE \_\_\_\_\_

Nombre (Name): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: (DOB): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección (Address): \_\_\_\_\_

Teléfono (Phone): \_\_\_\_\_ Correo electrónico (Email): \_\_\_\_\_

Sexo (Sex):  Masculino (Male)  Femenino (Female) **Cuántas personas viven donde vives?** \_\_\_\_\_

Origen étnico (Ethnicity):  Hispano/latino  No hispano/latino  No especificado

Raza (marque todo lo que corresponda):  Asiático  Indio Americano/native de Alaska  Negro o afroamericano  
 Nativo de Hawái/otro isleño del Pacífico  Blanco  Otro, especifique: \_\_\_\_\_  Desconocido

Síntomas (Symptoms)  Sí (Yes) (Fiebre, tos, goteo nasal, dolores musculares, dolor de garganta, dificultad para respirar, náuseas/vómitos, dolor de cabeza, pérdida de sabor o olor)  
 No

¿Enfermedad preexistente? (Pre-existing medical condition)  Sí (Yes) (EPOC (COPD), diabetes mellitus, enfermedad cardíaca, presión arterial alta (hipertensión), Enfermedad crónica del riñón, Enfermedad crónica del hígado, Procesos o padecimientos que afectan su sistema inmunológico, Trastorno neurológico o del desarrollo neurológico, Fumador actual, Exfumador, Si es mujer, ¿está embarazada?)  
 No

### ¿Alguno de los siguientes se aplica a usted? (Do any of the following apply to you?)

Profesional de la salud (hospital, atención domiciliaria, paramédico, consultorio de atención primaria, etc.)  
tipo de instalación: \_\_\_\_\_ ¿Cuál es su trabajo?: \_\_\_\_\_

Vive o trabaja en un entorno de vivienda grupal (residencia de ancianos o vivienda asistida, albergue para personas sin hogar, centro correccional, centro de cuidado infantil, hogar grupal, etc.)  
tipo de instalación: \_\_\_\_\_ Empleado o Residente: \_\_\_\_\_  
si es empleado, ¿cuál es su trabajo?: \_\_\_\_\_

Trabajador esencial o con alto riesgo de exposición (el trabajo lo pone en contacto con muchas personas, como trabajador de una tienda de comestibles, empleado del servicio alimentarios, conductor de autobús, oficial de policía, personal de entrega, trabajador postal, etc.)  
¿Qué tipo de empresa es? \_\_\_\_\_ ¿Cuál es su trabajo allí? \_\_\_\_\_

Empleado en Construcción, paisajismo, otro trabajo de contratación. Dónde? \_\_\_\_\_

¿Contacto cercano con otra persona enferma con COVID-19?  
¿Fue un contacto en el hogar?  Sí (Yes)  No  Desconocido  
¿Fue un contacto en la comunidad?  Sí (Yes)  No  Desconocido  
¿Fue un contacto de atención de la salud?  Sí (Yes)  No  Desconocido